Aus der Nervenstation eines Kriegslazaretts
(Leitender Arzt: Prof. **Lewandowsky**)

Ueber sensible cerebrale Kinderlähmung

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der
Medizinischen Doktorwürde
an der
Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Berlin

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Von

Severin Dybizbanski
aus Buk Kr. Grätz

Tag der Promotion: 19. Januar 1918

Emil Ebering, Berlin NW 7, Mittelstraße 29

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Franz
Referent: Prof. Dr. Bonhoeffer

Meinen lieben Eltern

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546509_0095

Der Pionier H., geboren am 14. 7. 1896, ist am 9. 7. 1917 wegen akuten Darmkatarrhs und Verdachts auf Ruhr in ein Lazarett gebracht worden. Am 21. 8. 17 ist H. der Nervenstation eines Kriegslazaretts überwiesen worden.

Der Patient gibt an, in seiner Jugend alle vier Wochen bis zum 12. oder 13. Lebensjahre Krämpfe gehabt zu haben. Diese Krämpfe waren immer nur des Nachts aufgetreten, nur einmal am Tage in der Schule. Er konnte am Tage, ehe die Anfälle kamen, schon immer sagen, daß er den Anfall bekommen würde; er war aufgeregt und hatte ein unbestimmtes Angstgefühl, daneben auch Angst vor dem Anfall selber. Die Anfälle begannen mit Schwindel, sodaß er sich im Bette festhalten mußte; dann hatte er das Gefühl, als ob der Mund elektrisiert würde, sodaß er nicht mehr sprechen konnte. Die Anfälle haben immer fünf Minuten gedauert, eher kürzer, nie länger. Nur einmal im Alter von neun Jahren habe er einen Anfall von zwei Stunden durchgemacht. Danach hätte er Gehirnentzündung bekommen.

Bei den Anfällen hatte er sich meist gedreht, sodaß er aufs Gesicht zu liegen gekommen wäre. Manchmal hätte er auch nachts aus dem Schlafe heraus Anfälle gehabt, die von den Eltern beobachtet worden sind, von denen er nichts weiß, und in denen er auch immer aufs Gesicht zu liegen gekommen wäre. Die Eltern hätten behauptet, wenn sie von dem Anfall nicht wach geworden wären, wäre er erstickt. Neben dem Gefühl „vom Elektrisieren im Munde" hätte er auch Zuckungen im Unterkiefer gehabt. Seiner Erinnerung nach hat er einmal einen Anfall gehabt, der sich nicht in

Munde, sondern im Arm abgespielt hätte; er weiß aber nicht mehr, in welchem Arm und kann nähere Angaben darüber nicht machen. Nach einem Anfall ist er immer den ganzen Tag schwach und müde gewesen. Kopfschmerzen hätte er nach den Anfällen nicht besonders gehabt, wäre aber immer am Kopf etwas empfindlich gegen Berührung gewesen. Auf die Zunge hätte er sich bei den Anfällen nicht gebissen. Die Eltern hätten ihm öfter bei den Anfällen einen Korken zwischen die Zähne geschoben, damit er sich nicht verbeißen sollte. Der erste Anfall wäre nach einem Brande gekommen im ersten Schuljahr, bei welchem Anlaß er plötzlich nachts aus dem Schlafe geholt worden sei. Nach den Anfällen ist er nie in die Schule gegangen. Während des Anfalls, der bei Tage in der Schule einmal aufgetreten ist, ist er von seinem Bruder nach Hause geführt worden. Während des Anfalls, falls er überhaupt bei dem Anfall wach war, hatte das Bewußtsein nicht gelitten. Wenn er merkte, daß ein Anfall kam, hat er versucht, durch Reiben oder Zuhalten des Mundes ihn zu inhibieren; es wäre aber immer zwecklos gewesen.

Schon bei den ersten Schreibversuchen — das war schon vor den Anfällen — hätte er es nicht fertig gebracht, mit der rechten Hand zu schreiben, sondern mußte immer die rechte Hand mit der linken halten. Auf diese Unfähigkeit zu schreiben ist während der ganzen Schulzeit immer Rücksicht genommen worden. Er hätte aber schließlich mit beiden Händen sogar schnell schreiben gelernt, aber in schlechter und zittriger Handschrift. Mit der rechten Hand allein hätte er nur in großer Schrift, z. B. an die Tafel, schreiben können. Die rechte Hand wäre zu allen feineren Verrichtungen niemals zu gebrauchen gewesen, sondern nur zu gröberen; diese gröberen Arbeiten hätte er aber immer mit der rechten Hand gemacht. H. schneidet das Brot mit der rechten Hand, er spaltet Holz und braucht den Hammer mit der rechten

Hand. Schreiben und Arbeiten mit der Zange tut er mit der linken Hand. Die Bohrwinde dreht er mit der linken Hand und drückt mit der rechten Hand dagegen; mit der rechten Hand würde er den Bohrer abreißen. Beim Essen mit Messer und Gabel hält er das Messer mit der rechten, die Gabel mit der linken Hand. Suppe ißt er meist mit der rechten Hand. Nach seiner Angabe hat er sich anscheinend durch den Zwang der Eltern daran gewöhnt; er hätte bis zum zehnten Lebensjahre mit der rechten Hand nicht den Löffel richtig fassen können, sondern er hätte ihn in die ganze Faust nehmen müssen. Wegen der Ungeschicklichkeit der rechten Hand, die auch leicht müde würde, ißt er Suppe lieber mit der linken Hand, meistens aber, um nicht aufzufallen, mit der rechten. Kämmen und Zähne bürsten tut er mit der linken Hand; knöpfen kann er überhaupt nicht mit der rechten Hand, sondern muß es mit der linken Hand tun.

Auch sein Gang wäre immer auffallend gewesen, weil er angeblich die Kniee beim Laufen nicht durchdrücken könne.

Körperlicher Befund.

Mittelgroßer, nicht sehr kräftig gebauter Mann. Das Herz ist etwas nach rechts erweitert; der erste Ton an der Spitze ist von einem Geräusch begleitet. Der Herzstoß ist unterhalb der Mamilla zu fühlen. Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten sind lebhaft. Die Hautreflexe sind regelrecht. An den linken Zehen sieht man im Liegen fast dauernd unregelmäßige spontane Bewegungen, besonders der ersten und zweiten Zehe. Beim Blick nach links und rechts in der Endstellung leichte, nystagmusartige Zuckungen. Die Pupillenreaktion ist gut. Beim Sehen mit geschlossenen Augen keine Spur von Schwanken. Beim Knie-Hackenversuch besteht kaum eine Ataxie; dagegen macht das Bein,

nachdem es auf das Knie gelegt worden ist, noch einige Zuckungen, nicht unähnlich einem Intentionszittern. Der Gang ist etwas stapfend, aber nicht spastisch und nicht ataktisch, auch nicht eigentlich schwankend.

Beim Finger-Nasenversuch deutlicher Intentionstremor beiderseits, bezw. ziemlich regelmäßige Zuckungen der Hand nach Erreichung des Zieles. Die ausgestreckten Hände werden ziemlich ruhig gehalten. Größter Umfang über dem Biceps beträgt rechts 25 cm, links 25½ cm. Die Sehnenreflexe sind beiderseits lebhaft, aber rechts etwas lebhafter. Es besteht deutliche Atonie im rechten Handgelenk und auch in den Fingergelenken. Die rechte Hand läßt sich bequem bis zu einem Winkel von 80 Grad gegen den Unterarm strecken, die linke höchstens bis zu einem Winkel von 120 Grad. Die Opposition des Daumens gegen den fünften Finger ist rechts entchieden schwieriger und nicht ebenso korrekt ausführbar wie links. Bei Klavierspielbewegung der rechten Hand ist deutliche Ungeschicklichkeit und mangelnde Selbständigkeit der einzelnen Finger und nicht so große Schnelligkeit der Bewegung wie links zu konstatieren. Bei den Fingerbewegungen der linken Hand fällt auf, daß die Finger der rechten Hand eigentümliche Bewegungen machen. Diese Bewegungen sind unwillkürlich und Patient gibt an, diese Bewegungen nicht wahrzunehmen. Bei Bewegung der rechten Finger findet eine Mitbewegung links nicht statt. Bei schnell aufeinanderfolgenden Pro- und Supinationsbewegungen besteht rechts deutliche Schwierigkeit im Sinne einer Adiodochokinesie. Der Händedruck ist beiderseits recht kräftig, links wohl noch etwas kräftiger wie rechts. In der Ruhe ist keine Spur von Zittern zu bemerken. Der Lagesinn in den Fingergelenken ist deutlich gestört; auch werden rechts passiv vorgemachte Haltungen links nur unvollkommen nachgemacht; so wird anstatt einer

passiven Opposition des Daumens gegen den kleinen Finger der Daumen in die Hohlhand eingeschlossen.

Sehr heißes und kaltes Wasser von 0 Grad werden voneinander unterschieden, wenn man die Reagensgläser lange genug auf der Haut ruhen läßt; berührt man aber nur kurz, so wird nur die Berührung verspürt, aber nicht die Temperatur.

Die Störung der Temperaturempfindung ist auf der ganzen rechten Seite mit Ausnahme des Kopfes; am rechten Arm ist sie am stärksten. Kälte wird auch rechts weniger empfunden wie links. Bei geringeren Temperaturdifferenzen werden auch falsche Angaben über warm und kalt gemacht.

Sensible Störungen finden sich an der rechten Körperseite vom Hals abwärts. Sie lassen sich in folgender Weise zusammenfassen: Allerleiseste Berührungen mit dem Wattebausch oder dergl. werden rechts meist nicht empfunden, aber schon für Berührungen mit der Fingerkuppe ist die Empfindlichkeit gut, sodaß nur wenige Berührungen ausfallen. Dagegen ist die Lokalisation der Berührungen auf der rechten Seite unverhältnismäßig schlecht, die Lokalisationsfehler sehr groß und meist im Sinne einer Verlegung der Empfindung proximalwärts.

Verwechselungen der berührten Finger ist selten, kommt aber vor. Die Empfindlichkeit für spitz ist rechts herabgesetzt, aber Stiche mit einer feinen Nadel werden auch rechts doch wenigstens als spitz bezeichnet, jedoch als weniger spitz wie links; auch hier sind die Lokalisationsfehler ganz erheblich im Verhältnis zur Schwere der Störung der Empfindung.

Auch die Empfindlichkeit gegen Kälte und Wärme ist herabgesetzt in der Weise, daß geringe Temperaturdifferenzen rechts nicht unterschieden bezw. verwechselt werden. Erhebliche Temperaturdifferenzen werden auch rechts richtig bezeichnet, indessen wird angegeben, daß sie rechts später

zum Bewußtsein kommen. Verhältnismäßig am stärksten erscheinen die beschriebenen Störungen des Lagesinnes an den Fingern. An den Zehen sind die Störungen des Lagesinnes nicht mit Sicherheit nachzuweisen. Beim Stehen mit geschlossenen Augen kein Schwanken. Der Gang ist ein wenig tapsend und unfrei aber keineswegs cerebellär und eine gröbere Störung.

Bei Erkennung von Gegenständen werden grobe Fehler gemacht; grobe Gegenstände, wie z. B. Portemonnaie, werden manchmal erkannt, andere nicht, wie z. B. Aepfel. In die Hand geschriebene Zahlen werden rechts nicht erkannt, auch dann nicht, wenn zum Zwecke der Suggestion vorher elektrische Ströme durch den Arm geleitet werden. Bei einer 3 sagt er „ein Winkel", bei einer 2 „ein Bogen"; nur die 1 wird erkannt.

Auch bei der Angabe, ob durch die Hand geführte Striche quer oder längs gemacht sind, macht er Fehler, sodaß auch quere Striche öfters als längs bezeichnet werden. Bei kleinen Strichen gibt er nur eine Berührung an.

Die Bewegungsstörung der linken Hand ist doch sehr gering, während rechts eine deutliche Ataxie mit Schwanken der Hand auch nach Erreichen des Zieles besteht.

Auch die Spontanbewegungen der linken Zehen sind immer bei der Untersuchung im Liegen nachzuweisen. Auch die rechten Zehen zeigen manchmal im Liegen, wenn auch lange nicht so stark, solche Bewegungen. Die Sprache ist ganz ohne Störung.

Ein jetzt 22jähriger Mann, hat er seit seiner frühesten Jugend die rechte Hand nur beschränkt brauchen können und auch selbst gemerkt, daß er eine mangelhafte Empfindung in der rechten Hand hat. Er hat auch niemals mit der rechten Hand schreiben können, sondern hat merkwürdigerweise nicht die linke Hand dazu genommen, sondern

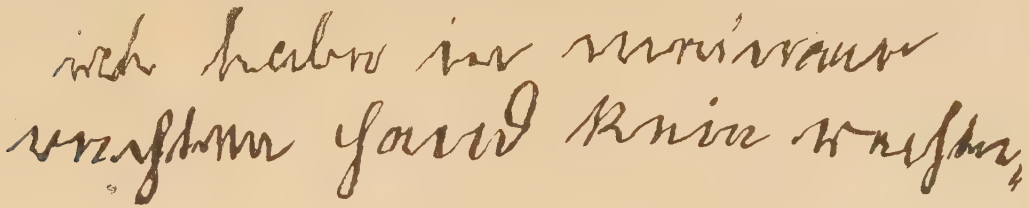
beim Schreiben die rechte Hand mit der linken geführt. Jetzt verrichtet er gröbere Arbeiten — Hammerschwingen und dergl. — mit der rechten Hand und hilft sich dadurch in seinem Beruf als Monteur. Er benutzt aber die linke Hand zu jeder feineren Arbeit, zu der andererseits die rechte Hand vollkommen unfähig ist. Die Untersuchung ergibt jetzt keinerlei „Pyramidensymptome", d. h. keine Störung der Reflexe im Sinne einer spastischen Lähmung; sie ergibt nur eine Sensibilitätsstörung der rechten Seite ungefähr vom Halse abwärts und zwar für alle Qualitäten. Die Untersuchung ergibt ferner Ataxie der rechten Hand, die manchmal in eine Art Intentionstremor übergeht; aus der Krankengeschichte seien ferner erwähnt die auffallenden Bewegungen der rechten Finger bei Bewegung der linken, sowie oft beobachtete Spontanbewegungen der linken Zehen. Spuren eines Tremors waren auch manchmal in der linken Hand nachzuweisen; und endlich sei noch die auffallend ungeschickte, aber nicht recht definierbare Art des Ganges hervorgehoben.

Die Diagnose dieses Falles, der gewiß ungewöhnlich ist, ist nicht einfach. Am schwierigsten ist die prinzipielle Unterscheidung, ob es sich um einen organischen, nach der Anamnese, dann angeborenen, oder in der frühesten Jugend erworbenen Prozeß handelt oder etwa um ein hysterisches Leiden. Die Annahme einer Hysterie liegt ja immer nahe, wenn wir objektive Zeichen seitens der Reflexe nicht haben, sondern nur Sensibilitätsstörungen und Bewegungsstörungen. In unserem Fall könnte man für die Annahme einer Hysterie aus der Anamnese noch den Umstand geltend machen, daß der Mann früher Anfälle gehabt hat, die nach einer Feuersbrunst, also nach einem psychisch erregenden Ereignis entstanden sein sollten, die sich dann jahrelang wiederholt haben, bis sie im Alter von 12 Jahren spurlos verschwunden sind

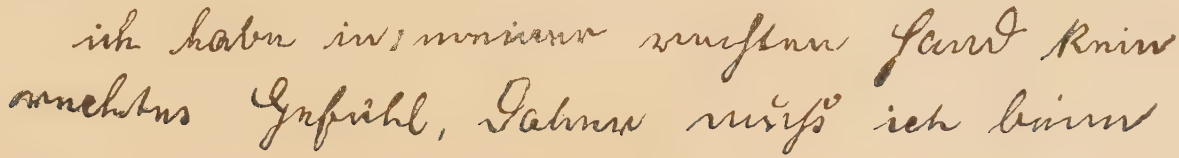
und sich nachdem auch nicht während des Militärdienstes wiederholt haben. Es läßt sich heute nicht mehr entscheiden, ob es sich damals um hysterische oder um epileptische Manifestationen gehandelt hat. Unmöglich ist weder das Eine noch das Andere. Jedenfalls gehen die Störungen der rechten Hand nicht auf diese Feuersbrunst zurück, sondern sie waren schon vorher da. Die Art der jetzt vorhandenen Sensibilitätsstörung spricht nicht für Hysterie, sie ist so, wie wir sie bei cerebralen Störungen häufiger finden, sie läßt den Kopf frei, ist dabei nicht scharf abgegrenzt, erstreckt sich auf alle Qualitäten, ohne eine Qualität ganz zu vernichten, sie stellt nur eine allgemeine Verminderung der Sensibilität dar. Der eben geschilderte Charakter der Anästhesie kann auch auf manche Formen der Hysterie zutreffen — auch bei Hysterie kann es sich manchmal nicht um eine komplette, sondern um eine unvollständige Gefühlsabstumpfung handeln. Aber diese Gefühlsstörungen bei Hysterie sind meistenteils unbeständig und abhängig von seelischen Aufregungen, von Traumen, sie treten auf, um nach einiger Zeit zu verschwinden. Die vorliegende Sensibilitätsstörung ist konstant; sie besteht seit der Jugend und anscheinend ganz gleichmäßig. Bei der Hysterie kann man durch mancherlei Manipulationen, z. B. Auflegen eines Gegenstandes auf den von der Anästhesie betroffenen Körperteil oder durch faradischen Strom die Anästhesie beeinflußen, z. B. die Anästhesie auf die andere Seite hinüberleiten. Dieser Transport, oft bei Hysterie beobachtet, war hier nicht zu erzielen; trotz des faradischen Stromes blieben die Angaben des Patienten dieselben. Einen ganz sicheren Schluß würde man aus dem Typus der Sensibilitätsstörung kaum ziehen können. Mit größerer Sicherheit als die Sensibilitätsstörung spricht die Art der Motilitätsbeschränkung der rechten Hand gegen eine hysterische Störung. Ein Fall, wo eine hysterische Störung seit der frühesten Kindheit den Gebrauch der rechten Hand zwar

nicht aufhebt, aber für feinere Bewegungen vernichtet, ist uns nicht bekannt. Man könnte die Frage aufwerfen, ob es sich nicht um eine ausgesprochene Linkshändigkeit, kompliziert durch eine Hysterie, kandeln könne. Gegen diese von vornherein außerordentlich gezwungene Annahme spricht die Art der motorischen Behinderung und auch die Ataxie, die bei den Bewegungen der Finger zu beobachten ist. Die motorische Behinderung ist durchaus die der cerebralen Ataxie; kleine, feinere Verrichtungen hat der Mann niemals ausführen können, wie z. B. niemals einen Knopf ohne Leitung des Auges mit der rechten Hand zuknöpfen können. Der hysterischen Störung sieht diese Störung vollkommen unähnlich; ebenso, wie es kaum jemals vorkommen dürfte, daß ein hysterisches Kind mit der rechten Hand zwar schreiben lernt, aber die linke Hand zur Führung benutzen muß. Aus den wiedergegebenen Schreibproben geht hervor, wie ungeschickt die rechte Hand allein beim Schreiben ist, wie die Schrift mühsam ohne Abstufung des Druckes und der Größe ausfällt, wie die zweite Schriftprobe recht ausgeschrieben erscheint, wenn der Patient die rechte Hand mit der linken stützt; man sieht, wie die Form der Schreibzüge sowie der jeweilige Druck offenbar mit der linken Hand reguliert werden.

Schrift mit der rechten Hand allein geschrieben.



Schrift mit der rechten Hand gechrieben, unterstützt durch die linke.



Die Störung entspricht garnicht einer ausgesprochenen Linkshändigkeit; es ist vielmehr merkwürdig und für die Lehre von der Linkshändigkeit nicht ohne gewisse grundsätzliche Bedeutung, daß der Mann trotz der angegebenen Behinderung im Gebrauch der rechten Hand garnicht Linkshänder im eigentlichen Sinne geworden, sondern Rechtshänder geblieben ist. Denn er verrichtet nicht alle diejenigen Verrichtungen mit der linken Hand, die ein Linkshänder mit ihr verrichten würde. Er schneidet z. B. Brot, das der Linkshänder bekanntlich immer mit der linken Hand schneidet, während er es mit der rechten Hand hält, mit der rechten und hält das Brot mit der linken. Für eine organische, cerebrale, angeborene Grundlage sprechen dann noch die Mitbewegungen der rechten Finger bei Bewegungen der linken, von denen der Mann selbst garnichts wußte, sondern die erst von uns bemerkt wurden, die aber genau so aussahen, wie die Mitbewegungen bei manchen cerebralen Kinderlähmungen. Ebenso hatten die häufig von uns beobachteten Spontanbewegungen der linken Zehe den Charakter gewisser athetoider Bewegungen, wie wir sie auch bei angeborenen cerebralen Störungen zu sehen gewohnt sind. Auch die eigentümliche, kaum beschreibbare Gangstörung hatte etwas von dem Gang der angeborenen Athétose double. Auffallend war ferner noch ein Symptom, das in der Krankengeschichte nicht vermerkt ist, und das auch der Athétose double angehört, nämlich die Neigung, besonders bei Erregungen, zu grimassierenden Bewegungen der Gesichtsmuskulatur.

Aus allen diesen Gründen möchten wir mit sehr großer Wahrscheinlichkeit den eigentümlichen Krankheitszustand nicht durch eine Hysterie, sondern durch eine angeborene Defektbildung des Gehirns erklären.

Unter dieser Voraussetzung ist noch notwendig, einiges über den Ort des angeborenen Defekts zu sagen. Der Hauptdefekt müßte im Bereich der sensiblen Bahnen oder Centren der linken Gehirnhemisphäre sitzen. Es ist aber nicht zu

übersehen — Spontanbewegungen der linken Zehe, die an die Athétose double gemahnende Gangstörung —, daß wahrscheinlich Veränderungen auf beiden Seiten sich finden würden. Was im Einzelnen zuerst den Ort der sensiblen Störung im Gehirn betrifft, so könnte zuerst die Fühlsphäre in Betracht kommen; man könnte z. B. in den hinteren Zentralwindungen, die zweifellos der wesentliche Sitz sensibler Funktionen sind, die anatomischen Veränderungen zu suchen geneigt sein. Wir möchten in unserem Falle mit einer Skepsis der Annahme entgegentreten, die anatomischen Veränderungen in den hinteren Zentralwindungen oder im Parietallappen zu suchen; wir halten diese Annahme für unwahrscheinlich und zwar wegen des Mangels jedes Zeichens einer Störung der Pyramidenbahnen. Bei den Rindendefekten wäre es unwahrscheinlich und gegen die Erfahrung, daß nur die hintere Zentralwindung betroffen, die vordere ganz frei geblieben sei. Die Störung der Motilität wäre äußerst wahrscheinlich und würde sich unter dem Bilde einer Monoplegie äußern. Der Befund einer reinen Sensibilitätsstörung mit ihren Folgen für die Bewegung spricht immer dafür, daß sich der Herd tiefer unten befindet, dort, wo die sensiblen Bahnen von den motorischen verhältnismäßig weit entfernt liegen, das ist im Zwischenhirn und im Thalamus opticus. Wir wissen, daß die Schleifenbahn nicht direkt zur Rinde geht, sondern zunächst zum Thalamus opticus, um von da der Rinde zuzustreben. Für eine solche Lokalisation im Zwischenhirn sprechen auch die doppelseitigen an die Athétose double gemahnenden kleinen Symptome; denn es ist bekannt, daß als anatomisches Substrat dieser Erkrankungen neuerdings mehrfach Affektionen im Bereich des Zwischenhirns und des Corpus striatum gefunden sind.

Wir möchten daher mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit annehmen, daß es sich in unserem Falle um, wenn auch sehr leichte Entwickelungsstörungen in dieser Gegend han-

delt. die am stärksten und am geschlossensten in der Gegend der sensiblen Kerne des linken Thalamus vorausgesetzt werden müssen. Diese spezielle Lokalisation ist natürlich in hohem Maße hypothetisch und ohne Autopsie nicht mit einiger Sicherheit zu verifizieren. Den Hauptwert legen wir bei unserem Fall auf die Tatsache, die uns allerdings mit einiger an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit erwiesen erscheint, daß wir es hier zu tun haben mit einer einseitigen Sensibilitätsstörung und ihren Folgen für die Motilität ohne Beteiligung des Pyramidensystems auf der Basis einer wahrscheinlich angeborenen Defektbildung des Hirns. Wir halten diese Defektbildung für eine angeborene, weil alle die Störungen des Ortssinnes, des Lagesinns, sowie der Ausfall der Assoziation, wohl durchweg angeboren sind.

Was die Literatur über die Sensibilitätsstörungen bei angeborenen cerebralen Defekten bietet, bezieht sich eigentlich nur auf diejenigen sensiblen Störungen, welche zu geicher Zeit mit der bekannten motorischen cerebralen Kinderlähmung gefunden werden. Oppenheim sagt darüber: Die Sensibilität ist meist unversehrt, nur ausnahmsweise wurde Hypaesthesie konstatiert (Oulmont, Gaudard, Raymond, König). Ich fand sie in einem frischen Fall vier Wochen nach Eintritt der Lähmung, sowie einmal im Verein mit Hemiathetosis bei einem Erwachsenen, der an cerebraler Kinderlähmung litt, hier waren auch die Sinnesfunktionen auf derselben Seite beeinträchtigt, sodaß eine Kombination mit Hysterie nicht auszuschließen war; freilich lagen daneben vasomotorische Störungen vor. In mehreren Fällen konstatierte ich bei intakter Sensibilität Wernickes Tastlähmung. Da die Hemiplegie jedoch eine kongenitale oder in frühester Kindheit entstandene war, mußte man in Erwägung ziehen, daß Tast-Erinnerungsbilder mit der gelähmten Hand garnicht erworben waren. Diese Auffassung ist auch von Déjérine, Claparède u. A. acceptiert worden. Die Deutung trat aber

für 2 unserer Fälle, in denen die früher gelähmte Hand bei allen Verrichtungen gebraucht wurde, nicht zu. Ottipor hat bei einzelnen unserer Patienten Störungen des stereogeostischen Erkennungsvermögens nachgewiesen." Ich darf hierzu noch Folgendes hinzufügen: Es ist ohne weiteres ersichtlich, daß Wernickes Tastlähmung, oder wie Wernicke diesen Zustand nennt, Seelenanästhesie, d. h. die Unfähigkeit, Gegenstände duch Betasten zu erkennen, wobei die Sensibilität sonst intakt ist, in unserem Fall nicht vorliegt; denn in dem von uns besprochenen Fall handelt es sich um Störungen der elementaren Qualitäten, die mit Störungen der auf taktilem Wege erworbenen Erinnerungsbilder nichts zu tun haben. In den Ausführungen Oppenheims über Sensibilitätsstörungen im Zusammenhang mit cerebraler Kinderlähmung ist also von isolierten Störungen der Sensibilität auf angeborener Grundlage überhaupt keine Rede, und die Intensität und Dauerhaftigkeit der Störung in unserem Falle geht auch weit darüber hinaus, was selbst zusammen mit einer cerebralen Kinderlähmung anscheinend gewöhnlich beobachtet wird. Da ich im Lehrbuch von Oppenheim keine Andeutungen über einen dem unseren ähnlichen angegebenen Befund finde, dürfte der beschriebene Fall als erster anzusehen sein, in welchem als Gegenstück zu der gewöhnlichen motorischen cerebralen Kinderlähmung eine sensible cerebrale Kinderlähmung diagnostiziert werden muß. Die Lehre von den überhaupt isolierten sensiblen Störungen ist verhältnismäßig neu. Oppenheim schreibt darüber folgendes:

Weit schwerere Empfindungsstörungen kommen durch Erkrankungen der sensiblen Leitungsbahn zustande. Krankheitsherde, die den hintersten Bezirk der inneren Kapsel zerstören, erzeugen Hemianästhesie der anderen Körperhälfte. Sie erstreckt sich, wenn sie vollständig ist, über die gesamte Haut und die Schleimhäute einer Seite und begrenzt sich in der Mittellinie. Die Angabe, daß die Cornea dabei immer

verschont sei (Grasset), kann ich nicht bestätigen. Meistens ist aber die Annästhesie nicht so gleichmäßig über alle Teile verbreitet, tritt an einzelnen Stellen dautlich, an anderen nur bei sorgfältiger, vergleichender Untersuchung hervor. Nach Déjériner, Verger, Ferenczi, auch nach meinen eigenen Beobachtungen, nimmt sie von den proximalen Teilen der Extremitäten nach den distalen an Intensität zu. Sie erstreckt sich auf einzelne oder auf alle Qualitäten. Auch das Lagegefühl kann gänzlich aufgehoben sein; Verger fand es sogar in der Regel am stärksten beeinträchtigt, was aber meinen Erfahrungen nicht entspricht. Die Analgesie und Thermanästhesie ist wohl nie eine absolute, dagegen ist die Fähigkeit, die entsprechenden Reize zu differenzieren, oft herabgesetzt und zuweilen aufgehoben. Einige Male fand ich Schmerz und Temperaturgefühl allein, umgekehrt in einem Falle alle Gefühlsqualitäten beeinträchtigt, während Heiß deutlich und sogar übermäßig stark empfunden wurde. Eine isolierte Störung des Temperatursinns, und selbst eine Anästhesie für Hitze bei erhaltener Kälteempfindung wird auch von Chatin angegeben. Besonders beeinträchtigt war in der Mehrzahl meiner Beobachtungen der Ortssinn, selbst bis zu dem Grade, daß ein die Hand treffender Stich ins Gesicht verlegt wurde. Mit der Anästhesie kann sich eine eigentümliche Art von Hyperästhesie verbinden, indem nicht schmerzhafte, selbst einfache, taktile Reize eine „komische, unangenehme" Empfindung — oder auch ein nachdauerndes, sehr intensives Schmerzgefühl bei intensiveren Reizen — hervorrufen. Die Darstellung von Déjérine und seinem Schüler Long, nach welchen Hemianästhesie immer mit Hemiplegie verknüpft sei, halte ich für eine nicht zutreffende. Gerade in den ausgesprochensten Fällen dieser Art, die ich zu untersuchen Gelegenheit hatte, fehlten Lähmungserscheinungen gänzlich oder waren doch nur angedeutet (z. B. im Bein, während sich häufig Hemiataxie mit der Hemianästhesie verband.

Andererseits kann die Hemiplegie ohne jede Sensibilitätsstörung bestehen, während es wohl zutrifft, daß sie im Beginn ihrer Entstehung sehr oft von leichteren Empfindungsstörungen begleitet ist (wie das auch aus den Untersuchungen von Breig, Gordon hervorgeht)."

Ich muß mich auf diese Zusammenstellung beschränken, da mir im Felde keine weitere Literatur zur Verfügung steht.

Am Schlusse der Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. L e w a n d o w s k y meinen innigsten Dank für freundliche Ueberlassung des Themas auszusprechen.

Lebenslauf

Severin Dybizbanski, katholischer Konfession, Sohn des Rentiers Ladislaus Dybizbanski, wurde am 27. 12. 72 in Buk bei Grätz geboren. Nachdem er zuerst den Unterricht in der Elementarschule seines Heimatortes genossen, besuchte er vom Jahre 1885 ab das Marien-Gymnasium zu Posen, wo er Ostern 93 das Abiturientenexamen absolvierte. Er bezog darauf die Universität in Berlin, wo er Ostern 95 das Physikum und Sommer 99 das Staatsexamen bestanden hatte. Nachdem er in verschiedenen Krankenhäusern praktisch gearbeitet hatte, hat er sich Ostern 1903 in Berlin als Arzt niedergelassen. Seit Anfang Juni 1917 steht er im Felde. Während seiner Studienzeit besuchte Verfasser die Vorlesungen, Kurse und Kliniken folgender Professoren und Dozenten.

v. Bergmann (†), Blasius, Brückner, du Bois Reymond (†), E. Fischer, Fritsch (†), Gerhard (†), Grawitz (†), Gusserow (†), Hertwig, Hildebrandt, Kaufmann, Klemperer, König (†), Kundt (†), Krause (†), Landolt (†), Langerhans (†), Lassar (†), Lexer, Liebreich (†), Litten (†), v. Leyden (†), H. Munk (†), J. Munk (†), Nasse, Nagel, Olshausen (†), Paulsen (†), Rawitz (†), Rubner, Schweigger (†), Schwendener, E. Schultze, Senator (†), Steinthal (†), H. Virchow, R. Virchow (†), Waldeyer.

Allen diesen, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser seinen aufrichtigen Dank aus.